

实践技能考试口诀（二）实践技能考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/646/2021\\_2022\\_\\_E5\\_AE\\_9E\\_E8\\_B7\\_B5\\_E6\\_8A\\_80\\_E8\\_c22\\_646968.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/646/2021_2022__E5_AE_9E_E8_B7_B5_E6_8A_80_E8_c22_646968.htm)

1.心音听诊口诀 正常心音 第一心音低而长，心尖部位最响亮。一二之间间隔短，心尖搏动同时相。第二心音高而短，心底部位最响亮。二一之间间隔长，心尖搏动反时相。 窦性心动过速：贫血甲亢和发热，心衰心衰和休克。情绪激动和运动，肾上腺素心率过。 窦性心动过缓：颅内高压阻黄疸，甲低冠心心肌炎。药物影响心得安，体质强壮心率缓。 两心音同时增强：常人运动或激动，两个心音同时增。高血压病贫血症，甲亢发热亦相同。 第一心音增强：室大未衰热甲亢，早搏"用药"一音强。二尖瓣窄"拍击性"，房室阻滞"大炮样"。第二心音增强：P2增强二尖瓣窄，肺气肿和左心衰。左右分流先心病，肺动脉压高起来，动脉硬化亦常在。 第一心音减弱：二主瓣膜不全闭，心衰炎梗一音低。 第二心音减弱：动脉瓣漏或狭窄，动脉压低二音衰。 钟摆律：钟摆胎心律严重，心肌炎梗心肌病 第一心音分裂：一音分裂心尖清，电延右束阻滞症。肺动高压右心衰，机械延迟而形成。 第二心音分裂：通常分裂有特点，最长见于青少年。呼气消失吸明显。 窦性心律不齐：窦性心律稍不齐，心音正常成周期。吸气加快呼气慢，健康儿童菲疾病。 早搏：期前收缩称早搏，室性早搏为最多。房性交界共三种，心电图上易分说。 心房颤动：房颤特点三不一，快慢不一律不齐。强弱不等无规律，脉率定比心率低。 生理性杂音：生理杂音级别小，柔和吹风不传导。时间较短无震颤，儿童多见要牢记。 二尖瓣关闭不全：二尖瓣漏有特点，

粗糙吹风呈递减。三级以上缩期占，左腋传导左卧清，吸气减弱呼明显。二尖瓣狭窄：二尖瓣窄杂音断，舒张隆隆低局限。一音亢进P2强，开瓣音响伴震颤。主动脉狭窄：主动脉窄有特点，粗糙缩鸣拉锯般。递增递减颈部传，A2减弱伴震颤。主动脉瓣关闭不全：主瓣不全有特点，舒张叹气呈递减。胸骨下左心尖传，二区较清前倾声，呼末屏气易听见。肺动脉瓣狭窄：肺瓣狭窄有特点，粗糙缩鸣属先天。杂音递增又递减，P2减弱伴震颤。肺动脉瓣相对性关闭不全：肺瓣舒杂有特点，杂音多为相对性。柔和吹风卧吸清，二尖瓣窄常合并。三尖瓣相对性关闭不全：三尖瓣区有缩鸣，杂音性质似吹风。多数相对关不全，极少数为器质性。房间隔缺损：房缺杂音有特点，胸骨左缘二肋间。缩期杂音吹风般，P2分裂多无颤。室间隔缺损：室缺杂音有特点，胸骨左缘三四间。响亮粗糙缩鸣音，常伴收缩期震颤。动脉导管未闭：连续杂音有特征，粗糙类似机器声。动脉导管未闭时，胸左二肋附近听。心包摩擦音：连续杂音有特征，注意鉴别胸摩擦。前倾屏气易听见，心梗包炎尿毒加。休克急救歌诀：休克病理分三期，心源性者最紧急。患者平卧头略低，扩容吸氧是第一。除聚防栓低分子，胶晶液体宜交替。血管舒缩活性剂，用之得当显神奇。纠酸化瘀药效显，且能解除心脏抑。激素保护细胞膜，抗毒升压可应激。各型休克辨仔细，重在病因要除去。药理学记忆口诀 1、抑制胃酸分泌药：One、胃酸分泌机制：内源性组织胺、胃泌素和乙酰胆碱与胃粘膜壁细胞组织胺受体、胃泌素受体和乙酰胆碱能受体结合后能刺激胃酸分泌；Two、壁细胞分泌H<sup>+</sup>，是通过H<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-ATP酶将细胞内H<sup>+</sup>泵出细胞外。Three、H<sub>2</sub>受体阻断药（西咪替丁、

雷尼替丁和法莫替丁)与组织胺H<sub>2</sub>受体结合, M<sub>1</sub>受体阻断药(哌仑西平)阻断胆碱能M<sub>1</sub>受体, H泵抑制药(奥美拉唑)抑制壁细胞H<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-ATP酶, 皆能抑制胃酸分泌而用于治疗消化性溃疡病。

2、毛果芸香碱、毒扁豆碱、甘露醇和噻吗洛尔都可以治疗青光眼, 这些药物作用机制不同, 都有相同的药理效应。

One、拟胆碱药毛果芸香碱: 为M受体兴奋剂直接兴奋瞳孔括约肌上的M受体使瞳孔缩小; Two、毒扁豆碱: 为胆碱酯酶抑制剂, 抑制胆碱酯酶活性, 使乙酰胆碱堆积, 作用于瞳孔括约肌上的M受体, 同样引起瞳孔缩小。这两种药使瞳孔缩小, 虹膜拉向中心, 根部变薄, 前房角间隙变大, 使房水回流通畅, 故能降低眼内压。

Three、脱水药甘露醇: 通过迅速提高血浆渗透压, 促使组织间液水份向血浆转移而产生脱水作用, 降低青光眼患者眼内压。

Four、受体阻断药噻吗洛尔能减少房水生成, 治疗青光眼, 而无缩瞳和调节痉挛等不良反应。

3、按作用于肾小管不同部位把利尿药分为三类

One、作用于髓袢升支粗段髓质部和皮质部的利尿药: 利尿强度最大: 速尿、利尿酸等, 易致水、电解质紊乱(含低血钾症)、耳毒性和胃肠道反应

Two、作用于髓袢升支粗段皮质部的利尿药: 利尿强度中等: 氢氯噻嗪, 易致低血钾症、高尿酸血症和高血糖症;

Three、作用于远曲小管和集合管的利尿药: 利尿作用较弱: 螺内酯、氨苯喋啶有拮抗醛固酮的保钠排钾作用, 可引起高血钾症。由此可见, 属于同一类型的利尿药物, 其作用部位、作用机制、利尿强度和不良反应大致相同。

4、青霉素的抗菌谱"链葡螺放白肺炭(廉颇落荒白灰滩)". 通过说战国时期赵国名将廉颇诈败诱敌"落荒"逃到"白灰滩"一举歼敌的故事。包括溶血性链球菌、

敏感的金葡菌、螺旋体、放线菌、白喉杆菌、肺炎球菌和炭疽杆菌等。

5、镇痛药的主要药物功效和副作用 "成瘾吗啡度冷丁，镇痛镇静抑呼吸，镇咳常用可待因，绞痛配伍阿托品。"

6、局麻药："普鲁利多丁卡因，钠流受阻麻神经，穿透强度有差别，临床使用防过敏。"

7、头孢菌素的名称可记为：坐林拉定安便，服刑梦多可罗，他的曲颂赛吾派头，比吾痞。分别对应：一代中的头孢唑林、头孢拉定、头孢氨苄二代中的头孢呋辛、头孢孟多、头孢克洛三代中的头孢他定、头孢曲松、头孢噻乌、头孢哌酮 四代中的头孢吡乌、头孢匹罗

8、氯霉素的抗菌谱可记为：老眼（昏花），（儿女）厌养，伤（心）寒（心）复伤（心）寒（心），你可知？分别指细菌性脑膜炎和脑脓肿、眼部感染、厌氧菌感染、伤寒和副伤寒、立克次体。

9、大发作：卡马西平，苯妥英苯巴比妥林米酮 小发作：乙琥胺

10、阿托品化看扩瞳唇干舌燥面转红 心率增快罗音失 到此用药减或停 生理学记忆口诀 影响氧离曲线的因素：将pH值转化为[H]来记忆：[H]，pCO<sub>2</sub>，温度，2、3-DPG升高，均使氧离曲线右移。微循环的特点：低、慢、大、变；影响静脉回流因素：血量、体位、三泵（心、呼吸、骨骼肌）；激素的一般特征：无管、有靶、量少、效高；糖皮质激素对代谢作用：升糖、解蛋、移脂；醛固酮的生理作用：保钠、保水、排钾等等。植物性神经对内脏功能调节：交感兴奋心跳快，血压升高汗淋漓，瞳孔扩大尿滞留，胃肠蠕动受抑制；副交兴奋心跳慢，支气管腺分泌，瞳孔缩小胃肠动，还可松弛括约肌。通气/血流比值记忆：血液河水，进入肺泡的氧气人，血液中的红细胞载人的船，通气/血流比值加大时即氧气多，血流相对少，喻为："水枯船

舶少，来人渡不完"就是说要乘船的人（氧气）多，河水（血流）枯船（红细胞）少，就不能全部到达目的地，不能执行正常的生理功能，像肺循环障碍。通气/血流比值减小时即意味着通气不足，而血流相对有余，喻为："水涨船舶多，人少船空载".同样不能执行正常的生理功能，可见于大叶性肺炎、肺实变等。

心室肌细胞的电活动特点与机制：01234，钠钾钙钾原，内外内外泵 解释：心室肌动作电位分为五期即0期（除极相）和1、2、3、4期（复极相），0期钠内流，1期钾外流，2期钙内流（和钾外流），3期钾外流，4期依靠Na<sub>+</sub>K<sup>+</sup>泵活动复原。

生物化学记忆口诀 人体八种必须氨基酸（第一种较为顺口）

- 1."一两色素本来淡些"（异亮氨酸、亮氨酸、色氨酸、苏氨酸、苯丙氨酸、赖氨酸、蛋氨酸、缬氨酸）。
- 2."写一本胆量色素来"（缬氨酸、异亮氨酸、苯丙氨酸、蛋氨酸、亮氨酸、色氨酸、苏氨酸、赖氨酸）。
- 3.鸡旦酥，晾（亮）一晾（异亮），本色赖。生糖、生酮、生糖兼生酮氨基酸：生酮 生糖兼生酮="一两色素本来老"（异亮氨酸、亮氨酸、色氨酸、苏氨酸、苯丙氨酸、赖氨酸、酪氨酸），其中生酮氨基酸为"亮赖"；除了这7个氨基酸外，其余均为生糖氨基酸。

酸性氨基酸：天谷酸天上的谷子很酸，（天冬氨酸、谷氨酸）；碱性氨基酸：赖精组没什么好解释的，（Lys、Arg、His）。

芳香族氨基酸在280nm处有最大吸收峰 色老笨只可意会不可言传，（色氨酸、酪氨酸、苯丙氨酸），顺序一定要记清，色gt.苯丙，今年西医考题-19. 一碳单位的来源：肝胆阻塞死很好理解，（甘氨酸、蛋氨酸、组氨酸、色氨酸、丝氨酸）。

酶的竞争性抑制作用：按事物发生的条件、发展、结果分层次记忆：1."竞争"需要双方底物与抑制剂之间；2.

为什么能发生"竞争"二者结构相似；3."竞争的焦点"酶的活性中心；4."抑制剂占据酶活性中心"酶活性受抑。糖醛酸，合成维生素C的酶：古龙唐僧（的）内子（爱）养画眉（古洛糖酸内酯氧化酶）DNA双螺旋结构的特点：右双螺旋，反向平行碱基互补，氢键维系主链在外，碱基在内 维生素A总结：V.A视黄醇或醛，多种异构分顺反。萝卜蔬菜多益善，因其含有V.A原。主要影响暗视觉，缺乏夜盲看不见，还使上皮不健全，得上干眼易感染。促进发育抗氧化，氧压低时更明显。DNA双螺旋结构：DNA，双螺旋，正反向，互补链。A对T，GC连，配对时，靠氢键，，十碱基，转一圈，螺距34点中间。碱基力和氢键，维持螺旋结构坚。（AT2，GC3是指之间二个氢键GC间三个。螺距34点中间即3.4）RNA和DNA的对比如下：两种核酸有异同，腺鸟胞磷能共用。RNA中为核糖，DNA中含有胸。维生素B6：B6兄弟三，吡哆醛、醇、胺。他们的磷酸物，脱羧又转氨。三羧酸循环：乙酰草酰成柠檬，柠檬又成-酮琥酰琥酸延胡索，苹果落在草丛中。-氧化：氧化是重点，氧化对象是脂酰，脱氢加水再脱氢，硫解切掉两个碳，产物乙酰COA，最后进入三循环。酮体：酮体一家兄弟三，丙酮还有乙乙酸，再加-羟丁酸，生成部位是在肝，肝脏生酮肝不用，体小易溶往外送，容易摄入组织中，氧化分解把能功。细胞膜，双层脂，单扩脂溶气分子非脂易化载体道，主动钠泵出入胞必需脂肪酸亚麻油 诊断学记忆法 心原性水肿和肾原性水肿的鉴别：心足肾眼颜，肾快心原慢。（开始部位）心坚少移动，软移是肾原。（发展速度）蛋白血管尿，肾高眼底变。（水肿性质）心肝大杂音，静压往高变。（伴随症状）各热型及常见疾病：败

风弛化脓肺结，[败血症，风湿热，弛张热，化脓性炎症，重症肺结核] 只身使节不规则。[支气管肺炎，渗出性胸膜炎，风湿热，结核病，不规则热] 大寒稽疾孟间歇，[大叶肺炎，斑疹伤寒和伤寒高热期，稽留热][疟疾，急性肾盂肾炎，间歇热] 布菌波状皆高热。[布鲁菌病，波状热][以上热型都是指高热] 百凤持花弄飞结，只身使节不规则。大汗积极雨间歇，步军薄装皆高热。咯血与呕血的鉴别：呼心咯，呕消化，呕伴胃液和残渣。喉痒胸闷呕先咳，血中伴痰泡沫化。上腹不适先恶呕，咯有血痰呕无它。咯碱呕酸有黑便，咯便除非痰咽下。呕血发暗咯鲜红，呕咯方式个不同。关于心电图：尖朝天，不偏；尖对口，朝右偏；口对口，向左走；口朝天，重右偏！（以上的图形变化是从第1，3导联的主波方向来判断）具体的度数要算正负的代数和查心电图医生专门的图表！钾离子对心电图的影响之简单记忆：我们可以将T波看成是钾离子的TENT（帐篷），血钾浓度降低时，T波下降，甚至倒置，出现U波；血钾浓度升高时，T波也升高。问诊中现病史内容：起病时间缓急因。主要症状演变情，伴随症状不要忘，诊治经过要详细，精神饮食两便情。外科学记忆口诀 乳房的淋巴回流：外中入胸肌，上入尖锁上，二者皆属腋。内侧胸骨旁，吻合入对侧。内下入膈上，吻合腹前上膈下，联通肝上面。深入胸肌间或尖，前者又称Rotter结。烧伤病人早期胃肠道营养：少食多餐，先流后干，早期高脂，逐渐增糖，蛋白量宽。烧伤补液：先快后慢，先盐后糖，先晶后碱，见尿补钾，适时补碱。烧伤新九分法：头颈面333（ $9\%*1$ ）；手臂肱567（ $9\%*2$ ）；躯干会阴27（ $9\%*3$ ）；臀为5足为7，小腿大腿13，21（ $9\%*5$  1%）。手的皮肤管

理：手掌正中三指半，剩尺神经一指半，手背挠尺各一半，正中占去三指尖半。肱骨髁上骨折：肱髁上折多儿童，伸屈两型前者众。后上前下斜折线，尺挠侧偏两端重。侧观肘部呈靴形，但与肘脱实不同。牵引反旋再横挤，端提屈肘骨合拢。屈肘固定三四周，末端血运防不通。屈型移位侧观反，手法复位亦不同。休克可以概括为：“三字四环节五衰竭”三字缩，扩，凝，即：微血管收缩，微血管扩张，弥散性血管内凝血。四环节即：休克发生的原因、发病机理、病理变化及其转归。五衰竭即：急性呼衰、心衰、肾衰、脑衰、肝衰。休克的治疗原则：上联扩容纠酸疏血管；下联强心利尿抗感染；横批激素；感染性休克的治疗：“休感激、慢活乱，重点保护心肺肾”，“休”补充血容量，治疗休克“感”控制感染“激”糖皮质激素的应用“慢”缓慢输液，防止出现心功不全“活”血管活性物质的应用“乱”纠正水、电解质和酸碱紊乱

肱骨髁上骨折：肱髁上折多儿童、伸屈两型前者众。后上前下斜折线、尺挠侧偏两端重。侧观肘部呈靴形，但与肘脱实不同。牵引反旋再横挤，端提屈肘骨合拢。屈肘固定三四周，末端血运防不通。屈型移位侧观反，手法复位亦不同。问病史的提纲：因症变，治疗鉴，饮食睡眠大小便。因（病因）症（症状）变，（变化进展）治疗鉴（鉴别诊断）。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问

[www.100test.com](http://www.100test.com)